

## 特別報告

## 英国調査 その2

## 英国の認知症初期集中支援チーム「メモリーサービス」

清水暢子<sup>1§</sup>, 井上智可<sup>1</sup>, 舟田眞美<sup>2</sup>, 林 一美<sup>1</sup>

## 1. はじめに

平成 22 年時点の厚生労働省研究班の調査報告によると、全国の 65 歳以上の高齢者の認知症有病率の推定値は 15%, 約 462 万人と推計され、また認知症の前駆状態とされる軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; MCI) の国内の有病率推定値は 13%, 400 万人と推計されている<sup>1)</sup>。増え続ける認知症の早期診断、早期対応は急務であり、そのため厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームは、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について、平成 25 年～平成 29 年までの暫定施策として認知症施策推進 5 年計画 (オレンジプラン) を策定し、数値目標を掲げている。その中で『認知症の早期診断・早期対応』に対応するためのモデル的な事業として「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」に現在、着手し始めている。今回、その先進地ともなる、英国の「メモリーサービス」とその大元締めとなる「英国王立精神医学会」について聞き取り調査 (平成 26 年 3 月 23 ～ 30 日まで) を行ったため報告する。

## 2. 英国認知症国家戦略

## 2.1 メモリーサービスとは

英国政府は 2009 年 2 月『認知症とともに良き生活 (人生) を送る: 認知症国家戦略』(Living well with dementia: A National Dementia Strategy) を発表し<sup>2)</sup>、2014 年までの 5 年間で認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針 (17 の目標) を打ち出した。この認知症国家戦略のタイトルに含まれる Living well with dementia, 「認知症とともに良き生活 (人生) を送る」ことの実現がこの国家戦略の最終的かつ最大の目的とされていた。こうして定められた目標のうち特に重点的に取り組むべき最重要課題として 5 つの目標 (1. 早期の診断・支援のための体制整備, 2. 総合病院における認知症対応の改善, 3. 介護施設における認知症対

応の改善, 4. ケアラー支援の強化, 5. 抗精神病薬使用の低減) が選択され<sup>2)</sup>、その推進に力が注がれていた。そのうちの「1. 早期の診断・支援のための体制整備」の具体策が、早期の診断とその後の支援を包括的に行うメモリーサービスの全国的普及とその質の維持・向上であった。

メモリーサービスは、認知症の早期の診断と支援の地域拠点として政策上位置付けられ、高齢人口 (65 歳人口) 約 4 万人に 1 カ所程度の割合で設置されていた。このメモリーサービスには、多職種によるチームが置かれ、アウトリーチによる濃密な在宅でのアセスメント、チームによる診断会議、十分な時間を使った当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援により生活を軌道に乗せ、必要なサービスチームへ引き継ぐ、という支援の流れで展開されていた。このようなメモリーサービスが現在、ロンドン市内の 33 地区に 8 ケ所ある。今回、このうちの 1 つに聞き取り調査をさせていただいた、ケンジントン・チェルシーメモリーサービス (Kensington & Chelsea Memory Service) について報告する。

## 2.2 ケンジントン・チェルシーメモリーサービス概要

ケンジントン・チェルシーメモリーサービスは、ケンジントン・チェルシー、ウエストミンスター行政区内に位置し、この行政区はロンドン中央部 (インナーロンドン) にある、ロンドンの経済、社会、文化の二極分化が最も顕著に見られる自治区である。その中でもケンジントン・チェルシー地区は中産階級や自家居住者などの、富裕層の居住地区として知られ、ロンドンで最も豊かで強力な自治区のひとつである。このメモリーサービスは、ケンジントン・チェルシーとウエストミンスターの 2 つの行政区をカバーしており、主な活動は、認知機能に問題のある人の診断、支援を行うことである。

実際に、このサービスを利用する人の 85 ～

<sup>1</sup> 石川県立看護大学 <sup>2</sup> 宝達志水町 <sup>§</sup> 責任著者

95%が、かかりつけ医（General Practitioner；GP）からの紹介による。毎週15件くらいの紹介がある。その他、自治体の福祉課からの紹介や訪問看護師からの紹介を受けているが、急性期病院や一般病棟、総合病院から患者を紹介される場合もある。その場合、病院ではフォローしきれないケースや、独居高齢者など困難が予想される事例が多いとのことであった。このメモリーサービスは、診断が付かず混乱している対象者に対し、認知症、記憶障害、精神疾患、うつ、不安症などの診断を確定させる役割を担っている。

ケンジントン・チェルシーメモリーサービスは、20人の職員から成り（臨床心理士、上級心理士、精神保健福祉士、医師、看護師、作業療法士、事務職等）部門は、メンタルヘルス部門（高齢者と認知症者以外）、健康高齢者部門、メモリーサービス部門、の三部門から成っていた。対象者への介入要請があると、スタッフ2名による面接または訪問により、標準的アセスメント評価（表1）を作成し、スクリーニング、早期介入、早期支援につなげていた。



図1 Kensington & Chelsea Memory Service のスペシャリスト（医師、看護師）と一緒に

### 2.3 メモリーサービス スペシャリストミーティングへの参加

この標準的評価のためのアセスメント指標結果に基づき、専門多職種チーム（スペシャリストチーム、表2）が本人に必要なサポートについてミーティングを開いていた（スペシャリストミーティング）。1ケースにつき30分くらいの内容である。ここでは、著者らが訪問した際に参加したスペシャリストミーティング（2件）について報告する（参加スペシャリスト：医師2人、作業療法士1人、認知症精神専門看護師1人、精神保健福祉

士1人、臨床心理士1人）。

#### （1）ケース1 76歳 男性

GPより紹介を受ける。

認知機能の問題を見つけるのが難しい、とのことで相談を受けた。

MMSE：11点、活動問題なし、短期記憶障害有り、会話中の苛立ち（+）、頑固さが目立つ、口論になりやすい、甘いものが好き、睡眠・食欲問題なし、歩行行動；クロス歩行が出来ない。社会参加；妻の介助が必要。TVの内容は理解しているという。喫煙；22～39本／日だった。3年前に止めている。心臓発作の既往有り。金銭管理；問題なし、支払い行為；行える、運転；しない。過去の職業；家具のビジネスをアメリカで行っていた。機械いじりが好き。4年前に英国に移住。子供がいない。強い頭痛があり、GPにかかったが、その際、専門チームへの紹介はなかった。認知能力84/100、集中力15/19、言語8/14（Pの発音が悪い）。

（スペシャリストチームの判断）

認知障害が出てきているのは間違いない、何の認知症なのか。前頭葉か、側頭葉か、MRIは必要である。計画能力はあるようだ。今後、妻からも聞き取り調査し、MRI、スキャンを実施する。まずは、認知症精神専門看護師（Admiral Nurse；AN）の介入がいいのではないかと。

#### （2）ケース2 51歳 男性

GPより紹介を受ける。

IT関連企業の役員をしている。

MMSE：9点、IQ：問題なし、会話；問題なし、視覚；問題なし、血液検査、身体機能；問題なし、今まで住んでいた地区を引っ越したため、新しいGPが認知症のテストを実施したが、結果値100以上で何も問題がなかった。認知症なのか何なのか分からないとのことで紹介を受ける。12月ごろから症状に気付く、ウイルス感染した。その後、認知障害症状が出現した。仕事でもの忘れ症状が強くなりGP受診するも詳しい検査に回してもらえなかった。パートナーからは、短期記憶障害を言われ、仕事では順序が前後するなどのミスが続いた。気分障害はない。10歳のときに運動系障害になった、現在は高コレステロールを指摘される程度である。朝、起きられないなどの症状有り、頭痛が強い、飲酒量が増えた。家族歴；認知障害は居ない。経過観察3ヶ月後となっている。

表1 標準的評価のためのアセスメント指標

**WESTMINISTER MEMORY SERVICE HISTORY GUIDELINE INITIAL ASSESSMENT** (翻訳；清水)

- (名前) (生年月日) (評価実施日) (評価場所) (評価者)  
 評価の過程, 可能な結果, 診断等の説明, 評価することへの同意
- 【疾患背景】
- ・疾患名 (患者から), 病歴 (主疾患, 副疾患) 期間, 攻撃性・うつ症状の有無, 初期症状, すべての認知機能領域の探索— (記憶, 言葉, 計算, 認識, 方向感覚, 習慣, 前頭葉機能), 自傷行為, 希死念慮, 精神病, 能力機能, 危険度
- 【家族性精神疾患歴】
- ・メンタル的な疾患, 家族の認知障害とその発症年齢
- 【既往歴】
- ・患者のコメントを含む, 血管リスクの存在または欠損, 要因 (高血圧, 糖尿病, 高脂血症, 肥満, 喫煙, 血管疾患の家族歴)
- 【知覚障害】
- ・聞き取りと言語, 補聴器の有無, 補聴器をつけるための支援の有無, スイッチをつけるための支援の有無, 電池管理しているのは誰? 聞こえの評価は終了したか.
  - ・視覚について, 眼鏡の使用の有無, 使用しているとすると近視か遠視か. 盲目の登録はあるか, 眼鏡の無い状態で視覚検査が必要か. 視覚障害による転倒歴は.
- 【低栄養状態のスクリーニング】
- ・体重, 身長, BMI
  - ・摂取量の減少; 乏しい食欲, 吐き気, うつ, 不安症,
  - ・摂取能力の問題; 錯乱, 虚弱により自身による摂取困難, 関節炎, パーキンソン症, 血管疾患歴, 悪い歯の状態, 口腔内の痛み, 何らかの起因による嚥下障害, 嘔吐, 窒息の経験, 唾液飲み込みの問題, 流動食, ソフト食, 普通食
  - ・利用可能な食料の不足; 貧困, 家での貧しい栄養状態, 買い物や調理の問題
  - ・栄養吸収の障害; 胃や小腸の病気, 腸管過敏症, 炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎とクローン病の総称)
  - ・代謝変更; 手術やがん, 治療により変わった等
  - ・過剰損失; 嘔吐, 下痢, ストーマ手術, 瘻孔
- ※もし, 上記のいずれかが当てはまるなら, 正式アセスメントの「必須項目」ツールに進む.
- 【医療】 処方されていることと非処方内容
- 【薬物】 アルコール, 禁止薬物およびタバコ, 期間, 種類, 数量, 依存性, 有機溶剤, 寛容, 強制使用, 撤退, 機能, 物質探索行動の有無,
- 【病前人格】 精神疾患の発症前の患者にある程度共通する人格傾向
- 【司法歴】
- 【家族歴】
- 【個人歴】 年代歴, 学歴, 過去と現在の趣味と興味, 職歴, 退職年齢, 好き嫌い (個人的な好み), 運転の有無, 現在の社会的状況と支援, 教育成果についてのコメント
- 【メンタルステート検査】
- ・外観と動作, 感情, 影響, 話し方— (声の大きさ, 回数, 形式と内容), 認識, 洞察
- 【能力評価】
- ・この能力評価は, 特別な決定事項の能力を問うもの, 8項目のアセスメントツールからなる.
    1. 金銭管理能力の有無, 2. 決定能力, 3. 情報について話し合う能力, 4. 脳, または心の障害の有無,
    5. 理解力, 6. 保持力, 7. 長所と短所を計量, 8. 地域参加への決定, 9. 意見
- 【身体的検査】 GPからの利用可能な検査結果情報を取得する
- ・実行能力, 筋力, バランス能力, 歩行支援の有無, 不安定さ, 転倒経験, ふらつき, 適切な履物等,
- 【診断を受けた患者の様子】
- ・診断についての理由が説明されていない場合, それを受けたいか. 診断を受けたときに誰が居るべきか. 誰とその診断を共有したいか. (能力評価) 患者がこれらの質問のすべてについて答えられているかどうか.
- 【印象】 サマリーと形式と鑑別診断
- 【管理計画】
- 次ぎはアセスメントツールへ進む
- ・Geriatric Depression Scale (GDS) うつ尺度
  - ・Addenbrooke's Cognitive Examination —ACE-III English Version A(2012) ※)
  - ・MRI PATIENT CHECKLIST
- ※) ACE-III 日本語版は現在, 岡山大学 精神神経病態学教室 老年精神疾患研究グループでその検証作業が行われている最中です (2014.9 現在).

表2 スペシャリストチームにおける主なスペシャリストの役割

#### 作業療法士 (OT)

- ・標準的評価のためのアセスメント指標 (表1) による情報収集とアセスメントを実施する。
- ・介護サービス, 医療サービス, 福祉サービスに対象者を結び付けていく。
- ・必要サービスの調整, 行政への橋渡し役。仕事, 就労, 趣味, 身の回りのこと, レジャー活動等へのアセスメントを主の役割として就労と生活へ, つないでいく。
- ・認知機能の問題, 残存機能を強化していく関わりや, リスク回避 (転倒, メンタル等)
- ・認知症のタイプによるアセスメントの他に行政サービスにつなげるアセスメントも行う。
- ・行政に情報を提供することで, お互いに情報交換しやすくする, 協働して仕事をすることもある。

#### 心理士

- ・上級心理士, 臨床心理士, 神経心理士, トレーニング心理士がいる。
- ・チームの中の役割は認知症アセスメント。
- ・標準的アセスメント指標 (表1) の中の ACE-III の検査と分析評価を担う。
- ・診断が難しい場合に専門性の高いテストを実施する。
- ・英語が話せない人, スコアが低めの人, 診断が非該当になった場合に介入する。
- ・認知機能への介入, 社会, 精神面介入, 感情介入, その他, 必要なときに介入する。
- ・高次機能障害への介入も実施する。

#### 社会福祉士 (SW)

- ・認知症専門 SW は, メモリーサービス内に専従している。特に, 早期認知症への介入を進めている。
- ・若年性認知症 (65 歳以下の人たち) が問題となっている。発症から 3~5 年で介護負担も増となりやすい。患者は引きこもりがちとなり, コミュニケーション不足となる。家族も孤立しがち。認知症全体の 2% が若年層といわれているが認知症 (高齢者) グループにも入れない。かといって, 若年層メンタルヘルスチームにも入れない。若年性認知症患者の数も少ないため, その対策のための国の予算もカットされがち。社会資源サービスも少ない。
- ・SW は週 2 回, メモリーサービスと NHS(National Health Service), 自治体の福祉課担当者とミーティングを持つ。そこで, 自治体と認知症患者のパイプ役となり, 時には行政の福祉サービスのためのアセスメントを行う。SW が直に支援サービスを行うことはしない。必ず行政の福祉サービス担当者へつなぐ。行政福祉サービスの提供をするのが仕事。
- ・当事者へのアセスメントのための訪問は必ず 2 人で行う。時には, 行政担当者と情報を共有する。

#### 認知症精神専門看護師 (Admiral Nurse ; AN)

- ・認知症当事者と家族介護者への認知症理解と, 認知症による感覚や感情への心理的サポートを行う。
- ・関連情報における適切な量の詳細と方法を, 対象者が簡単に理解できるように支援する。
- ・実践的なアドバイスと介護技術の向上と改善のための家族介護支援を行う。
- ・どうやって適切なサービスと社会資源が利用できるかの明確なガイダンスと地域支援へつなげる支援。
- ・AN は介護者をエンドレスで支援し続けることではなく介護が安定したら, 介入を終了し次のサービス支援チームに引き継ぐ。初期の段階では集中的にかかわる, 週に 1 回から 2 回, 2 ヶ月くらい。あとは 2 週間に 1 回, 4 週間に 1 回で維持の段階に変わる。

他スペシャリストに, 医師, 地域精神看護師 (外部から参加) 等がチームに参加する。

(スペシャリストチームの判断)

なぜ, GP は専門機関に検査を依頼しなかったのか。MRI, スキャンを実施して, 早期発症を判断する必要がある。

このようなメモリーサービスの初期集中支援チームによる介入期間は, 1 人の当事者につきだいたい 6 ヶ月間位の関わりでサービスが終了する (次ぎのサービスチームへ引き渡す)。次のサービスチーム (地域精神看護チーム) へ連携し, 引継ぎ作業まで責任を持って行う。他にも地域社会で活動する認知機能にかかわる団体への支援, 多職種連携の中核を担ったり, 当事者や介護者への支

援の為のアドバイスを 행っていた (助成金, 手当等)。また, チームのメンバーが認知症アドバイザーとなり, 専門職団体支援, 臨床家の支援, 認知症グループ, 若年性認知症グループ, 介護者グループへ当事者とその介護者の引継ぎをも行っていた。もし, メモリーサービスによる仲介がないと, 英国でも日本の状況と同様に, 当事者や介護者への医療サービスと福祉サービスの連携がうまく働かずにサービスが無駄に支給されたり, 逆に不足したりということが起こるという。このようなメモリーサービスの支援チームは, 以前は国民保健サービス (National Health Service; NHS) 傘下の病院に 14 人の支援チーム (メモリーサー

ビスのような認知症者への支援チーム)があったが、病院経営の悪化によりリストラされてしまった。そのため、一時このケンジントン・チェルシー地区のメモリーサービスが解散した時期もあった。

このメモリーサービスの行っているような、認知機能障害者への早期介入、早期診断により当事者とその介護者に早期に介入調整できれば、後に大きな問題となりにくく、また当事者と介護者が、症状による生活の混乱した末期段階を迎えにくい。地区によっては早期に次の支援チーム(地域精神看護チーム)のスタッフがメンバーに加わる場合もあるとのことであった。

## 2.4 メモリーサービスの質を監査する組織

### (1) 英国王立精神医学会(Royal College of Psychiatrists)の概要

英国の15,000を超える精神科医を代表する独立した専門家の会員組織、慈善団体、国際的機関である。英国における精神科医のための最大の学会である。世界中に会員がいる。主な活動は、①精神医学やメンタルヘルスケアに基準を設置し、卓越性を促進する。②精神科医の代表となり、指導的立場に立ち支援する。③患者、介護者、他の組織と働きかけ、高品質なメンタルヘルスサービスを提供する事である。



図2 Royal College of Psychiatrists

### (2) メモリーサービスの大元締め役割

メモリーサービスの提供内容を最善のものにするため The Memory Services National Accreditation Programme (MSNAP) の基準に従い、各メモリーサービスがそのサービスの質を評価・認定を受ける必要がある。これは義務ではない。このMSNAPは、英国王立精神医学会内にその組織があり、各メモ

リーサービスの大元締めともいえる役割を担っている。今回、そのMSNAPのプログラスマネージャーから話を聞くことができた。

この組織による認定を受けるため、各地区のメモリーサービスはその必要要件を満たす評価基準に基づいて(図3、最新第3版)、自らMSNAPに評価申請をし、認定を受ける。こうした評価基準があるからこそサービスの質を上げ、地域によるサービスの格差がない様、サービスの均てん化を図っている。この公認ランクは4段階からなっており、今回訪問したケンジントン・チェルシーメモリーサービスは、「素晴らしい(最もよい)」の最高ランクにあった。

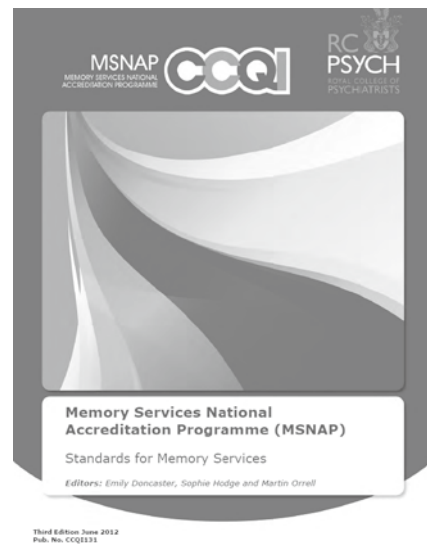


図3 The Memory Services National Accreditation Programme (MSNAP) Third Edition 2012.

## 3. 日本の認知症初期集中支援チームと英国メモリーサービスとの違い

日本の認知症初期集中支援チームと英国のメモリーサービスとの大きな違いは、行政の関与の仕方ではないだろうか。日本の認知症初期集中支援チームを運営する「地域包括支援センター」の多くは地方自治体が直営で行っており、その支部に民間を起用している。支部を委託されている民間の地域包括支援センターは、その直営自治体が管理する個人情報が必要時、閲覧可能である。一方、英国のメモリーサービスの多くはNHS(国民保健サービス)から金銭的助成を受けているボランティア団体である。行政が管理する個人情報の取り扱いについては自由にならないため、自分たち

で会員情報ネットワークを作り、その蓄積データの中で情報交換や管理を行っている。そういう意味では日本の認知症初期集中支援チームは直営自治体の管理する住民情報や介護保険情報等個人情報入手しやすい。また、緊急を要するケースへの社会資源や介護福祉サービスの利用も、決定権を持つ自治体が支援チームに入っていることから導入しやすいだろう。英国のメモリーサービスによる介入支援よりも社会資源サービスの対象者への導入は必要に合わせて急速に進むと思われる。しかし日本において、このような専門チームによる介入が英国より普及していないのは国家戦略としての認知症対策への取りかかりが英国より遅れていた為であろう。現在、地域包括支援センターの業務は多岐に亘るため（表3）、急激に増加している地域在住の認知症高齢者や介護者への支援が追いついていない。そのため地域包括支援センターに十分な人員を増やさないと、認知症初期集中支援業務のみを行えばよいメモリーサービスのような専門団体と違い、急増し続ける認知症対策や介護保険事業、介護予防事業対策に十分に対応しきれないことが予測される。

#### 4. 英国でのメモリーサービスの位置づけ

英国ではこのようなメモリーサービスは、認知症国家戦略のうち特に重要な5つの目標の中の1. 早期の診断・支援のための体制整備の一つに位置づけられている。その普及のために国の政策上位に位置づけられ、財政的支援も大きい。現在、わが国もこうした認知症国家戦略先進国に倣い、オレンジプランが稼動し始めたところである。この英国のメモリーサービスの役割は、わが国では「認

知症初期集中支援チーム」として各自治体の地域包括支援センターにその機能が託されている。地域包括支援センター職員は家庭訪問を行い、評価指標によるアセスメント、家族等介護者支援を行うものとされ、現在、各地区でモデル事業が展開されている。国は平成26年度全国20か所程度でモデル事業を実施し、平成27年度以降モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討している。医療と福祉の専門家が常駐し、行政が運営または業務委託している地域包括支援センターが相談窓口となり、認知症当事者や介護者への早期介入調整や支援を行うことは、多職種による早期介入・連携という意味でも今後、英国以上に大きな役割と効果があると期待している。

#### 謝辞

本調査は、2011～2013年度科学研究費助成事業（挑戦的萌芽研究）研究代表：林一美の研究助成を受けて実施したものである。

#### 引用文献

- 1) 朝日 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）総合研究報告書、1-15, 2013.
- 2) Department of Health. : Guidance Living Well With Dementia. a national dementia strategy, part of improving care for people with dementia , England, 9-15, 2009.

表3 地域包括支援センターの事業内容

1.地域支援事業（介護保険法第115条の44）
2.包括的支援事業
①介護予防ケアマネジメント事業（介護保険法第115条の44第1項第2号） 介護予防ケアマネジメント業務
②総合相談・支援事業（介護保険法第115条の44第1項第3号） 総合相談支援業務（総合相談、地域包括支援ネットワーク構築、実態把握など）
③権利擁護事業（介護保険法第115条の44第1項第4号） 権利擁護業務（高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く常況にある人への支援など）
④包括的・継続的ケアマネジメント支援事業（介護保険法第115条の44第1項第5号） 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（包括的・継続的ケアマネジメント環境整備、個々の介護支援専門員へのサポートなど）
3.指定介護予防支援事業（介護保険法第115条の22） 出展：厚生労働省「地域包括支援センター業務マニュアル」2.1 地域包括支援センターの事業より(2010).

**UK Report Part II**  
**Early Detection of Dementia in the Community under a Community-**  
**Based Integrated Care System in UK “Memory Service”**

Nobuko SHIMIZU, Chika INOUE, Masumi FUNADA, Kazumi HAYASHI